

УДК 616.8 — 009.12 — 053.2

Д.Д. Гайнетдинова, Л.Ж. Айнулов, О.В. Василевская

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Казанский государственный медицинский университет

Судорожный синдром новорожденных является одной из актуальных проблем детской неврологии (Футер Д.С., 1964; Якунин Ю.А. и соавт., 1979 и др.). Многие исследователи в этиологии новорожденных придают большое значение внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах (Коровин А. М., 1978, G. Hagberg, O. Hansson, 1986 и др.). У новорожденных при этой патологии возникает нарушение церебральной гемодинамики и ликвороциркуляции, что вызывает повышение внутричерепного давления и грубые органические изменения (Dess S. C., 1959; Ireland D., 1990 и др.).

Нами обследованы 36 доношенных и недоношенных детей (в анамнезе которых имелась внутриутробная и интранатальная гипоксия) с выраженным гипертензионным синдромом и генерализованными тонико-клоническими судорогами. До реализации гидроцефального компонента к судорожному синдрому присоединялись глазодвигательные расстройства в 41,6% наблюдений (у 15), нарушение мышечного тонуса в 80,5% (у 29), высокие сухожильные и периостальные рефлексы у всех новорожденных и т.д. Всем детям была проведена компьютерная томография (КТ) головного мозга. При преимущественно тканевом (отек и набухание мозговой ткани) генезе гипертензии (у 52,7%) у новорожденных наблю-

дались заторможенность и безучастность (синдром общего угнетения). При ликворной гипертензии (расширении субарахноидального пространства и желудочковой системы) отмечались выраженное беспокойство и гипертензия (у 47,3%).

Застойные диски зрительных нервов выявлены лишь у одного ребенка с малыми размерами большого родничка (0,5 x 0,5). Это вероятно, можно объяснить тем, что выбухание большого родничка и расхождение черепных швов противодействуют развитию отека диска. Ни в одном наблюдении электроэнцефалографические исследования не выявили специфических эпилептических изменений, за исключением диффузной медленноволновой активности (Δ- и θ-волны).

Таким образом, результаты предварительных клинических и инструментальных (в том числе компьютерно-томографических) исследований у новорожденных позволяют предположить, что внутриутробная и интранатальная гипоксия приводит к тяжелым церебральным нарушениям с развитием в последующем рубцово-атрофических изменений мозга и на их основе эпилептических пароксизмов.

Поступила 06.04.98.



УДК 616.711.6 — 018.3 — 002 — 07

Л.А. Кадырова, Н.Н. Сак, В.Г. Марченко, О.И. Гелевей, А.В. Носатов, А.Е. Сак

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ТИПЫ КОНСТИТУЦИИ У ЛИЦ
С КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА**

*Харьковский институт усовершенствования врачей,
Харьковский институт физической культуры*

Одним из перспективных направлений поиска закономерностей течения и, следовательно, лечения вертеброгенных заболеваний нервной системы (ВЗНС) является ориентация на интегративные принципы диагностики, основанные на учете конституционального типа человека и конституционально обусловленных особенностей его психики, физиологии и морфологии тела. Конституциональная диагностика основывается имен-

но на этих "трех китах", выделенных еще Клавдием Галеном. Введение конституциональной диагностики в систему обследования больных сразу вносит определенный порядок во врачебную стратегию и тактику.

С учетом этого диагностического принципа нами обследованы 105 больных с симптомами поясничного остеохондроза. Использованы методы общеклинического, неврологического, вертебро-

ортопедического и рентгенологического обследований, а также в 67 случаях магнитно-резонансная томография поясничного отдела позвоночника. Всем больным проведено антропометрическое обследование; морфо-конституциональный тип диагностировали по описательным признакам и индексу Айзенка – Риса (1945). Пропорции тела оценивали по В. В. Бунаку (1941) и П. Н. Башкирову (1962). Среди 54 больных определены лица трех крайних конституциональных типов: 26 астеников, 11 нормостеников и 17 гиперстеников. Другие пациенты отнесены к переходным типам. Таким образом, остеохондроз позвоночника – это заболевание людей всех морфо-конституциональных типов. Среди больных всех групп были низкорослые (длина тела мужчин до 165 см), среднерослые (от 165 до 175 см) и высокорослые (выше 175 см), но среди астеников преобладали мужчины арростоидного типа (по В. В. Бунаку) пропорций тела (коротконогие, узкоплечие) и тейноидного (длинноногие, узкоплечие), а среди гиперстеников – парагармоидного (средненого, широкоплечие) и гигантоидного (длинноного, широкоплечие).

Для больных астенического типа были характерны замкнутость характера с ориентацией на внутреннюю жизнь, тревожность, мнительность, эмоциональный саботаж в общении с медперсоналом. Гиперстеники, напротив, чаще ориентированы на внешнюю жизнь, их отличали общительность, но нередко и истеричность. Нормостеники были энергичны, непринужденны и властолюбивы.

Морфологические различия касались, кроме базисных показателей (масса и длина тела, пропорции тела), строения позвоночника и уровня поражения поясничных ПДС.

Рентгенологические и МРТ-исследования показали, что для астеников были характерны грацильность строения позвонков, высокие диски, значительная вариабельность структуры позвоночника, более частые подвывихи и вывихи суставов позвоночника. В четырех случаях имели место люмбализация первого крестцового позвонка, высокое стояние промонториума относительно крыльев подвздошных костей, вертикально расположенный крестец, слабо выраженный поясничный лордоз. Последний поясничный диск был прямоугольной формы и располагался на уровне межгребневой линии таза. Эти типы соответствовали так называемому “расшатанному тазу”: они опасны перегрузкой и дистрофическим повреждением последнего поясничного позвонка.

У гиперстеников отмечались меньшая высота дисков, клиновидность их формы, связанная с

подчеркнутым поясничным гиперлордозом. Строение таза соответствовало нормальному или горизонтальному типу. При последнем варианте наблюдалась перегрузка суставов нижней конечности.

Дистрофические поражения чаще проявлялись у астеников на уровне последнего поясничного диска, у гиперстеников – L_4-L_5 , L_5-S_1 . Это сочеталось у астеников с узким позвоночным каналом, у гиперстеников – с поясничным гиперлордозом, а в двух случаях – с межкостистым неартрозом (синдромом Бааструпа).

Линия головного отвеса у большинства пациентов астенического типа располагалась кпереди от центров вращения в тазобедренных суставах, у гиперстеников имела тенденцию к дорсальному смещению относительно поперечной оси данных суставов. У астеников преобладали мышцы внутренних спиралей тела, начинающихся с грудно-ключично-сосцевидных мышц, а у гиперстеников – наружные спирали, начинающиеся ременными мышцами головы и шеи. В связи с этим у лиц крайних соматипов были различные осанка, поза тела и распределение перегруженных мышц.

Нарушения динамического взаимодействия мышц у астеников чаще выявлялись по пути формирования верхнего перекрещенного синдрома (преобладания мышц-сгибателей шеи при слабости межлопаточной группы мышц), у гиперстеников – нижнего перекрещенного синдрома с преобладанием мышц, разгибающих туловище над мышцами живота.

Среди конституциональных признаков были рассмотрены также формы груди, таза, живота, степень развития мускулатуры и жировотложений, топография трофического акцента и степень соответствия биологического возраста пациента календарному. Эти показатели также значительно различались у больных разных конституциональных типов.

Таким образом, морфо-конституциональные критерии остаются наиболее очевидными и достаточно постоянными характеристиками человека, а потому должны быть использованы в клинической диагностике. Они позволяют упорядочить систему диагностики и расширить ее возможности. Выявленные конституциональные особенности больного необходимо учитывать при выборе тактики лечения и реабилитации. Сведения о конституциональном типе пациента должны находить отражение в истории болезни.